Original Article Open Access



Child Rights Journal

2022; 4(14): 63-73

Journal Homepage: http://childrightsjournal.ir

International ThinkTank of Human Dignity | The Iranian Association of Medical Law | The Iranian Association of Child Rights

The Law on Family Support and Population Rejuvenation and its Negative Effects on the Right to Health

Hasan Fakour[1*], Fatemeh Kokabi Saghi[2]

1. The Iranian Scientific Association of Child Rights, Tehran, Iran.
2. Department of Management Sciences and Health Economy, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

ABSTRACT

Background and Aim: In recent decades, Iran has been one of the most successful countries in rapid population control, but according to experts, it has passed the favorable stage and entered the critical stage. To prevent various social and economic effects of population aging, politicians have decided to increase childbearing. In this regard, The Law on Family Support and Population Rejuvenation was compiled in 2021. In this law, various duties have been determined for different Organizations. This article was compiled with the aim of analyzing the negative effects of this law on the right to health.

Method: The research method in this article is descriptive-analytical and the data is provided using library resources and law articles.

Results: A significant part of the strategies defined in the The Law on Family Support and Population Rejuvenation, such as restricting access to family planning equipment, banning voluntary sterilization, banning education, counseling and recommending screening and making abortion treatment difficult, are related to the Ministry of Health and will be effective on the right to health of society.

Conclusion: Legal restrictions can create risks for the health of individuals and society; Therefore, in order to ensure people's right to health, it is necessary to re-establish reproductive and sexual health services and family planning tools should be made available to everyone.

Keywords: The Law on Family Support and Population Rejuvenation; The Right to Health; The Right to Reproductive and Sexual Health; Therapeutic Abortion

Corresponding Author: Hasan Fakour; **Email:** H_fakour@hotmail.com

Received: July 3, 2022; **Accepted:** August 16, 2022

Please cite this article as:

Fakour H, Kokabi Saghi F. The Law on Family Support and Population Rejuvenation and its Negative Effects on the Right to Health. Child Rights Journal. 2022; 4(14): 63-73.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

This Open Access Article Distributed under the Terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License 4.0 (CC BY-NC 4.0)

مقاله پژوهشی
دسترسی آزاد

فصلنامه حقوق کودک
دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۷۳-۶۳
Journal Homepage: http://childrightsjournal.ir

انجمن علمی حقوق کودک ایران
انجمن علمی حقوق پزشکی ایران
اندیشکده بین المللی کرامت انسانی

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و تأثیرات منفی آن بر حق سلامت

حسن فکور[1]*، فاطمه کوکبی سقی[2]

۱. انجمن علمی حقوق کودک ایران، تهران، ایران.
۲. گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: در دهه‌های اخیر، ایران یکی از موفق‌ترین کشورها در کنترل سریع جمعیت بوده است، لیکن بنا به نظر جمعیت‌شناسان از مرحله مطلوب گذشته و وارد مراحل بحرانی شده است. برای جلوگیری از عوارض مختلف اجتماعی و اقتصادی پیری جمعیت، سیاستمداران مصمم شده‌اند فرزندآوری را افزایش دهند. در این راستا، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال ۱۴۰۰ تدوین شده است. در این قانون، وظایف متنوعی برای دستگاه‌های مختلف تعیین گردیده است. این مقاله با هدف بررسی و تحلیل تأثیرات منفی این قانون بر حق سلامت تدوین یافته است.

روش: روش بحث در این مقاله توصیفی ـ تحلیلی است و داده‌ها با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و مواد قانون فراهم آمده‌اند.

یافته‌ها: بخش قابل توجهی از استراتژی‌های تعریف‌شده در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت همچون محدودیت دسترسی به لوازم تنظیم خانواده، ممنوعیت عقیم‌سازی داوطلبانه، ممنوعیت آموزش، مشاوره و توصیه به غربالگری و دشوارنمودن شرایط سقط درمانی مربوط به وزارت بهداشت بوده و بر سلامت اقشار مختلف و حق سلامت آنان مؤثر خواهد بود.

نتیجه‌گیری: محدودیت‌های قانونی می‌تواند زمینه‌ساز خطراتی برای سلامت افراد و جامعه باشد، لذا برای برآوردن حق سلامت مردم لازم است خدمات سلامت باروری و جنسی مجدداً برقرار شوند و وسایل تنظیم خانواده در دسترس همگان قرار گیرد.

واژگان کلیدی: قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت؛ حق سلامت؛ حق بهداشت باروری و جنسی؛ سقط درمانی

نویسنده مسئول: حسن فکور؛ **پست الکترونیک:** H_fakour@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۲؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۱/۰۵/۲۵

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Fakour H, Kokabi Saghi F. The Law on Family Support and Population Rejuvenation and its Negative Effects on the Right to Health. Child Rights Journal. 2022; 4(14): 63-73.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

مقدمه

به عقیده سازمان جهانی بهداشت، ایران یکی از موفق‌ترین کشورها در کنترل سریع جمعیت بوده است؛ برنامه کنترل جمعیت تا جایی پیش رفته که بنا به نظر جمعیت‌شناسان از مرحله مطلوب گذشته و وارد مراحل بحرانی شده است. در سال‌های اخیر، رشد باروری در کشور به شدت کاهش یافته است و بر این اساس، سیاستمداران مصمم شده‌اند برای جلوگیری از عوارض پیری جمعیت، فرزندآوری را افزایش دهند. در این راستا، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال ۱۴۰۰ تدوین گردیده است. در این قانون، وظایف متنوعی برای دستگاه‌های مختلف تعیین شده است. سیاست‌های جمعیتی بر جنبه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی مؤثرند که در نظرنگرفتن این آثار موجب بروز عوارضی خواهد شد. بخش قابل توجهی از استراتژی‌های تعریف‌شده در این قانون مربوط به وزارت بهداشت بوده و بر سلامت اقشار مختلف و حق سلامت آنان مؤثرند.

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، علیرغم اینکه نقاط مثبت قابل توجهی همچون مرخصی ۹ تا ۱۲ ماهه زایمان همراه با حقوق و مزایا، حذف نوبت کاری شبانه مادران باردار و شیرده و پدران نوزادان تا یک ماهه، اعطای دورکاری به زنان باردار، کاهش سن بازنشستگی، اعطای مرخصی تحصیلی و امکان آموزش غیر حضوری به دانشجویان و طلاب باردار، پرداخت حق بیمه مادران غیر شاغل مناطق روستایی و عشایری و بیمه زنان باردار و شیرده و کودکان زیر ۵ سال نیازمند توسط دولت، حمایت غذایی و اعطای بسته‌های بهداشتی به مادران باردار و شیرده نیازمند، توسعه درمان و مراکز درمان ناباروری، ترویج زایمان طبیعی رایگان و کاهش موارد سزارین، افزایش کیفیت مراقبت‌های بارداری، افزایش دسترسی مناطق دورافتاده و محروم به متخصصان زنان و زایمان، ایجاد امکان درمان رایگان ناباروری، آموزش کادر درمان در زمینه بهداشت باروری و پیشگیری از سقط ناخواسته دارد که همگی از استراتژی‌های مترقی و تقویت‌کننده سلامت فردی و عمومی هستند.

اما در کنار این نقاط مثبت، مواردی مطرح می‌شوند که به شکل قابل توجهی با حق سلامت در تعارض هستند و از جهات مختلف سلامت فرد و جامعه را به خطر می‌اندازند، از جمله آن‌ها ممنوعیت توزیع اقلام مرتبط با تنظیم خانواده و تشویق به استفاده از آن‌ها و کارگذاشتن آن‌ها را در شبکه بهداشت و درمان، ممنوعیت عقیم‌سازی و غربالگری جنین به صورت داوطلبانه است و دشوارسازی فرایند درخواست و موافقیت برای سقط درمانی است.

در این مقاله جنبه‌های مختلف قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با تمرکز بر تأثیرات منفی آن بر حق سلامت مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

شایان ذکر است هدف اصلی مقاله بیش از هر چیز آشکارنمایی تأثیرات و تبعات منفی قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بر ابعاد حقوق سلامت افراد جامعه است و لذا نقدهای واردشده به معنای نادیده انگاشتن جنبه‌های مثبت و کارآمد قانون مزبور از جهات مختلف نخواهد بود.

روش

این مقاله از حیث نوع، نظری و روش بحث در آن به صورت توصیفی ـ تحلیلی است. داده‌های تحقیق با استفاده از منابع کتابخانه‌ای (اسنادی) و مواد قانونی فراهم آمده‌اند.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

یافته‌ها

۱. حق سلامت و بهداشت باروری و جنسی: حق سلامت در کنوانسیون‌های متعدد بین‌المللی مورد تأیید بسیاری از کشورهای جهان، از جمله ایران قرار گرفته و کشورها متعهد به برآوردن این حق در سطح ملی و بین‌المللی شده‌اند. این حق به معنی دستیابی به بالاترین سطح سلامت جسمی و روانی است و دارای دو بخش عمده است: توانایی افراد در کنترل سلامت و بدن خود به خصوص سلامت جنسی و باروری و همچنین برخورداری از یک سیستم تأمین خدمات بهداشتی و درمانی که فرصت برابر برای همگان در دسترسی به بالاترین سطح سلامت قابل دستیابی را تأمین کند (۱). کاهش مرگ و میر کودکان و ارتقای سطح سلامت آنان از مهم‌ترین وظایف دولت‌ها در این زمینه است. خدمات تنظیم خانواده و آموزش در مورد سلامت جنسی و باروری از اقدامات مؤثر در ارتقای هدف مزبور شناخته شده‌اند.

از سویی دیگر، خدمات سلامت باروری و جنسی از جمله خدمات اولیه شبکه‌های بهداشتی و درمانی در سطح جهان است که توسط سازمان جهانی بهداشت معرفی شده است. همچنین بخش مهمی از یک حق بنیادین بشری است. موفقیت‌های سال‌های اخیر در کاهش مرگ و میر مادران باردار و نوزادان با اجرای بسته مراقبت‌های ارائه‌شده در سطح خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشتی از جمله تنظیم خانواده اتفاق افتاده است. دولت‌ها وظیفه دارند خدمات و لوازم مورد نیاز برای برآورده‌شدن این حق را به مبلغی که برای همگان قابل پرداخت باشد، در سراسر کشور فراهم کنند، به کسانی که توانایی پرداخت هزینه‌های آن را ندارند یارانه بدهد و اطلاعات لازم برای حفظ سلامت جنسی و باروری را در اختیار همگان قرار دهد. لوازم تنظیم خانواده بایستی از کیفیت مناسبی برخوردار بوده و توسط پرسنل آموزش دیده در دسترس همگان قرار گیرد. رفتارهای پرخطر جنسی، بارداری ناخواسته، سقط ناایمن و گسترش بیماری‌های جنسی به خصوص در گروه‌های آسیب‌پذیر از نتایج سیاست‌های محدودکننده دسترسی به این خدمات خواهد بود.

۲. تنظیم خانواده: هدف برنامه‌های سلامت باروری و تنظیم خانواده، ارتقای سطح سلامت افراد و توانایی آن‌ها در انتخاب آگاهانه و مسئولانه تعداد فرزندان و زمان‌بندی تولد آن‌هاست (۲).

عبارت Family Planning به اشتباه به پیشگیری از بارداری ترجمه شده است و از نظر لغوی نیز «برنامه‌ریزی خانواده» معنی می‌دهد. Butler و همکاران در تعریف این اصطلاح می‌نویسند: تنظیم خانواده توانایی افراد در پیش‌بینی و داشتن تعداد فرزندان دلخواه و زمان تولد و فاصله بین آن‌ها است که با استفاده از روش‌های درمان ناباروری و پیشگیری‌کننده‌های از بارداری تحقق می‌یابد (۳). خدمات سلامت جنسی و باروری به مردم کمک می‌کنند تا از بیماری‌های منتقله از راه جنسی پیشگیری کنند و با کاهش بارداری ناخواسته، میزان سقط غیر ضروری را کاهش و سلامت مادر و کودک را ارتقا دهند. این موضوع به خصوص در مورد نوجوانان و زنانی که فرزندآوری زودهنگام یا دیرهنگام برای آن‌ها خطرناک است دارای اهمیت ویژه است.

تعیین بعد خانوار تصمیمی است که عوامل مختلفی بر آن مؤثرند. افراد حق دارند بعد خانواده خود را تعیین کنند، لذا بایستی خدمات تنظیم خانواده ایمن در دسترس آن‌ها باشد. محدودیت دسترسی به لوازم تنظیم خانواده با هدف افزایش تولد کودکان ناخواسته، مداخله در زندگی شخصی افراد به شمار می‌رود، ضمن آنکه ممنوعیت عقیم‌سازی داوطلبانه بدون توصیه پزشکی (به عنوان یک روش تنظیم خانواده) در ماده ۵۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب سال ۱۴۰۰/۸/۱۹

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

مخالف حق اختیار افراد بر بدن آن‌هاست. این حق، بخش جدایی‌ناپذیر حق سلامت است که در کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی، از جمله میثاقین حقوق سیاسی و مدنی و حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶ و توضیحات شماره ۱۴ این میثاق مورد تأکید قرار گرفته است.

حذف مراکز ارائه خدمات سلامت بارداری و تنظیم خانواده از بیمارستان‌ها و سطح اول شبکه بهداشتی و درمانی که در دسترس‌ترین مراکز هستند و مشروط کردن ارائه لوازم تنظیم خانواده در داروخانه‌ها به ارائه نسخه پزشک که در سال‌های اخیر در راستای سیاست‌های جوانی جمعیت صورت گرفته است، باعث محدودیت جدی در دسترسی به خدمات و لوازم سلامت باروری و جنسی شده است. به عنوان یک اصل کلی، افراد نبایستی از خدمات بهداشتی و درمانی که ارزش پزشکی آن‌ها اثبات شده، محروم شوند. علاوه بر اینکه عدم دسترسی به لوازم تنظیم خانواده و خدمات سلامت باروری و جنسی بر طبقات پایین اقتصادی و اجتماعی تأثیر بیشتری خواهد داشت و منجر به تولد کودکان ناخواسته، سقط ناایمن، افزایش تعداد مبتلایان به بیماری‌های مقاربتی و سایر عفونت‌ها نیز می‌گردد.

۳. تأثیر قانون بر گروه‌های آسیب‌پذیر: گروه‌های مختلفی ممکن است به طور نامطلوبی تحت تأثیر سیاست‌های محدودیت دسترسی به خدمات بهداشت باروری و جنسی قرار گیرند، از جمله آنان نوجوانان، معتادان، افرادی که رفتارهای پرخطر جنسی دارند و افراد ساکن مناطق دورافتاده و روستایی هستند. نوجوانان لازم است در مورد سلامت جنسی و باروری و پیشگیری از بیماری‌های منتقله از راه جنسی، آموزش ببینند که متأسفانه در برنامه اخیر و برنامه‌های قبلی وزارت بهداشت مغفول مانده‌اند. با تغییراتی که در سال‌های اخیر در سبک زندگی نوجوانان ایجاد شده است، این غفلت، نتایج جبران‌ناپذیری برای جامعه در برخواهد داشت. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که نوجوانان به دلیل تابوبودن موضوعات سلامت جنسی، به جستجوی اطلاعات در این زمینه از مجاری مناسب نمی‌پردازند و اطلاعات کافی در این زمینه ندارند، در حالی که رفتارهای پرخطر جنسی دارند (۴). آن‌ها بر اساس قانون، اجازه ازدواج در سن نوجوانی را دارند و برای حفظ سلامت خود نیاز به برخورداری از خدمات سلامت جنسی و باروری دارند. در استراتژی جدید دولت، بارداری زیر ۱۸ سال و بالای ۴۰ دیگر پرخطر شمرده نمی‌شود. در این زمینه نیز نیاز به ارائه اطلاعات به مردم است که با چه دلایلی، دیگر این بارداری‌ها پرخطر نیست. اگر در گذشته هم بی‌خطر بوده، برای دادن اطلاعات غلط به مردم لازم است توضیح داده شود.

محدودیت دسترسی معتادان و افرادی که رفتارهای پرخطر جنسی دارند، به لوازم و خدمات بهداشت باروری و جنسی برای سلامت خودشان، خانواده و جامعه می‌تواند بسیار خطرناک باشد. معتادان متهاجر به خصوص در شرایط نامناسبی زندگی می‌کنند که ممکن است اطلاعات یا توجه لازم به حفظ سلامت خود و سایرین نداشته باشند یا امکانات مالی برای مراجعه به پزشک برای تجویز لوازم تنظیم خانواده به طور مرتب را نداشته باشند، لذا لازم است به این گروه توجه ویژه شود.

عدم دسترسی گروه‌های دیگر مانند افراد ساکن مناطق دورافتاده و روستایی به خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده نیز ممکن است منجر به بروز خطرات سلامتی برای خودشان و خانواده‌شان شود.

۴. غربالگری جنین: یکی از مهم‌ترین وظایف تعیین شده برای وزارت بهداشت، «توسعه اقدامات پیشگیری از بروز معلولیت‌های جسمی و روانی» است. در سال‌های

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

گذشته در راستای کاهش ناهنجاری‌های کروموزومی و معلولیت در کشور، برنامه غربالگری همگانی در شبکه بهداشت و درمان معرفی گردید، اما در ماده ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، هرگونه آموزش، مشاوره و توصیه به غربالگری ممنوع شده است و کادر درمانی که این امور را انجام دهند، حتی به حبس و جریمه نقدی و ابطال پروانه پزشکی تهدید شده‌اند. در این زمینه دو سؤال اساسی وجود دارد اول آنکه آیا سیاستگذار در پی افزایش جمعیت معلول است یا اینکه به مستنداتی دسترسی دارد که نشان می‌دهد غربالگری جنین مؤثر نبوده است که در مورد دوم نیاز است که این اطلاعات منتشر شوند و اشتباهات انجام‌شده در گذشته جبران شود. مطالعات مختلف داخلی تأثیر غربالگری بر کاهش خطر تولد نوزادان با اختلالات کروزومی را تأیید کرده‌اند (۵). اگر غربالگری‌های گذشته قادر به تشخیص صحیح ناهنجاری‌ها نبوده و منجر به سقط غیر ضروری شده نیز سیاستگذاران کشور بایستی مسئولیت خود را بپذیرند.

در هر صورت حق مردم است که به اطلاعات سلامتی دسترسی داشته باشند. ممنوعیت توصیه به غربالگری از سوی کادر درمان در قانون مزبور نیز از جوانب مختلف دچار اشکال است، زیرا این کادر درمان است که اطلاعات و تخصص لازم را برای توصیه هر فرایند درمانی دارد. توصیه در این زمینه جزیی از اخلاق حرفه‌ای است و پزشک موظف است اگر صلاح بداند تجویز را انجام بدهد و این کار را بدون ترس و نگرانی انجام دهد. ممنوعیت این فعالیت‌ها، اثرات نامطلوبی بر سلامت جامعه خواهد داشت و در راستای این سیاست غلط تعداد قابل توجهی افراد معلول به جمعیت کشور افزوده می‌شود که علاوه بر بار روانی و اقتصادی آن برای فرد معلول، خانواده و جامعه، مایه تأسف در سال‌های آتی خواهد بود.

۵. سقط درمانی: سقط جنین از جمله مسائلی است که حاصل تحولات علمی، پزشکی، اقتصادی و سیاسی است و ارتباط معنادارای با تورم جمعیت، محدودیت منابع، حقوق و آزادی زنان، مصالح دولت‌ها و... دارد. سقط جنین می‌تواند تهدیدکننده سلامت جسمی، روحی باشد و تمایل به خودکشی و انزواطلبی بین زنان را افزایش دهد. در دهه‌های اخیر، کشورها با تجویز سقط درمانی درصدد کاهش مرگ‌های ناشی از سقط جنین غیر بهداشتی و غیر قانونی برآمدند، به نحوی که هنوز هم در بسیاری از نقاط جهان همچون کشور آمریکا بحث‌های جنجالی پیرامون قانونی و اخلاقی‌نبودن آن وجود دارد (۶). در حال حاضر، با پیشرفت علوم پزشکی، وضعیت فیزیولوژیک و ناهنجاری‌های ژنتیک جنین در دوارن بارداری قابل تشخیص است.

«سقط درمانی، به ختم حاملگی قبل از قابلیت حیات جنین، برای حفظ سلامت مادر یا به دلیل بیماری‌های جنین، اطلاق می‌شود» (۷). علاوه بر حفظ حیات مادر یک مجوز دیگر نیز برای سقط درمانی وجود دارد و آن احراز این مطلب است که جنین پس از تولد به علت عقب‌ماندگی یا ناقص‌الخلقه‌بودن، موجب حرج والدین یا خودش می‌شود، البته این نکته قابل توجه است که منظور از حفظ حیات مادر این نیست که واقعاً این عمل در نجات مؤثر افتد، بلکه مهم انگیزه مرتکب است و اینکه واقعاً قصد حفظ حیات مادر را داشته باشد «در بعضی دیگر از نظام‌های حقوقی نیز، در صورتی که بارداری در اثر تجاوز یا زنا باشد، برای حفظ آبروی زن، سقط درمانی مجاز شمرده شده است» (۸).

ضرورت‌ها و اندیکاسیون‌های سقط درمانی شامل این موارد است:

۱ـ ختم حاملگی برای حفظ جان مادر؛ ۲ـ ختم حاملگی برای حفظ سلامت روحی و جسمی مادر؛ ۳ـ ختم

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

حاملگی در مواردی که حاملگی منجر به تولد نوزاد ناقص‌الخلقه یا ناهنجاری‌های مغایر با حیات می‌گردد؛ ۴ـ ختم حاملگی در مواردی که نوزاد قابلیت حیات ندارد؛ ۵ـ سقط انتخابی در موارد چند قلویی (۹).

قانونگذار ایرانی پس از طرح نظرات فقهی و حقوقی پیرامون جواز سقط جنین قبل از ولوج روح به علت بیماری‌های خاص، سرانجام در سال ۱۳۸۴ شمسی، سقط درمانی را قانونی شناخت. از لحاظ قوانین ایران تنها مورد مجاز سقط جنین «سقط درمانی» است.

«قانونگذار ایران از میان چهار نظر پیرامون جواز یا حرمت سقط جنین تنها یک مورد را قانونی شناخته است: جواز سقط قبل از ولوج روح با شرایط خاص و حرمت سقط جنین پس از ولوج روح به صورت مطلق» (۱۰) پذیرش این نظر آشکارا در قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۳۱ نمود یافت. مطابق ماده واحده مذکور سقط درمانی با تحقق شرایط ذیل مجاز بود:

۱ـ وجود جنین در چهار ماهگی (قبل از ولوج روح)؛ ۲ـ وجود بیماری قطعی برای مادر یا جنین مطابق لیست تعیین‌شده؛ ۳ـ رضایت مادر؛ ۴ـ تأیید سه پزشک متخصص بر وجود قطعی بیماری؛ ۵ـ تأیید سازمان پزشکی قانونی.

علیرغم ضعف‌ها و چالش‌های قانونی ماده واحده سقط درمانی همچون دربرنگرفتن سقط درمانی حاصل از زنا و تجاوز به عنف و جنین مبتلا به بیماری‌های خاص قانون مذکور نقطه عطفی بود تا در بسیاری موارد عاملی برای پیشگیری از تولد کودکان معلول و نفی عسر حرج مادر به علت بیماری جنین و یا خود وی گردد، اما همین مقدار حمایت‌های این قانون به موجب ماده ۷۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمیت مصوب ۱۴۰۰/۸/۱۹ فسخ گردید.

در ماده ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مقرر گردیده است: مادر صرفاً در مواردی خاص می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید. کلیه مراکز پزشکی قانونی در مراکز استان‌ها مکلفند درخواست‌های واصله را فوراً به کمیسیون سقط قانونی ارجاع نمایند. این کمیسیون مرکب از یک قاضی ویژه، یک پزشک متخصص متعهد و یک متخصص پزشک قانونی در استخدام سازمان پزشکی قانونی، حداکثر ظرف یک هفته تشکیل می‌شود. رأی لازم توسط قاضی عضو کمیسیون با رعایت اصل عدم جواز سقط در موارد تردید صادر می‌گردد که ۱۵ روز اعتبار دارد. در این ماده، قانونگذار سازوکارهای مقرر در قانون سقط درمانی مصوب سال ۱۳۸۴/۳/۱۰ را به شکلی مقرر نموده و مکانیزمی به کار گرفته که عملاً امکان سقط درمانی جنین وجود نداشته باشد، این موارد عبارتند از:

۱ـ تشکیل کمیسیون سقط درمانی با عضویت یک قاضی ویژه تحت عنوان کمیسیون سقط قانونی آن هم صرفاً در مراکز استان‌ها؛ ۲ـ موکول‌نمودن سقط جنین به رأی قاضی عضو کمیسیون، چنانکه قاضی در این زمینه الزامی به تبعیت از نظر پزشکان عضو ندارد و علیرغم نظریه‌های پزشکی می‌تواند علم به لزوم سقط جنین حاصل ننموده و رأی مخالف دهد؛ ۳ـ قانونگذار اصل را بر عدم جواز سقط بنا نهاده است و حتی زمانی که نظر پزشکان متخصص در این زمینه مبنی بر ضرورت سقط جنین باشد، قاضی می‌تواند تردید نموده و در این موارد حکم به عدم امکان سقط جنین صادر و اعلام نماید. تردید مقرر در این قسمت مبنای علمی ندارد و صرفاً می‌تواند از علم ظنی قاضی نشأت گیرد، کما اینکه پزشکان ادله علمی بر ضرورت سقط جنین ارائه نمایند؛ ۴ـ مقیدنمودن رأی صادره در خصوص سقط جنین به مدت زمان پانزده روز، بدین معنا که رأی کمیسیون سقط قانونی و گواهی

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

صادره جهت اجرای آن برای مواردی که جنین دارای نارسایی و بیماری صعب‌العلاج است، صرفاً پانزده روز است.

شروط امکان درخواست سقط جنین درمانی مقرر در این قانون بسیار پیچیده و سخت پیش‌بینی شده است. این شرایط عبارتند از: ۱ـ در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر در سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد؛ ۲ـ در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است.

در مورد بندهای ۱ و ۲، زمانی که این امر به تأیید پزشکان متخصص برسد، به نظر نمی‌باید تصمیم به اجازه سقط را به علم قاضی سپرد و در موارد تردید وی اجازه عدم صدور رای به سقط جنین را دارا باشد.

۳ـ چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود: ـ رضایت مادر؛ ـ وجود حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) برای مادر؛ ـ وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیر قابل درمان، در مواردی که حرج مربوط به بیماری یا نقص در جنین است؛ ـ فقدان امکان جبران و جایگزینی برای حرج مادر.

در این بند، اظهارات ولی (پدر و یا جد پدری) اضافه گردیده است که عبارتی مبهم بوده و تأثیر آن در پروسه سقط درمانی بیان نگردیده است. می‌توان گفت که شرایط مقرر در این قسمت از ماده نقض صریح حقوق کودک پیش از تولد است، چراکه مشکلات کودک و بیماری‌های عارض بر وی، معلولیت و ناقص‌الخلقه متولدشدن، علاوه بر معضلات اجتماعی و اقتصادی، صرفاً در گرو رضایت یا عدم رضایت مادر نهاده شده است.

همچنین در صدر بند سوم عبارت «جمیع شرایط» و احراز آن، از جمله شروط جواز سقط درمانی است که به عهده قاضی قرار گرفته است و در صورت عدم احراز هر یک از شروط مذکور رأی بر سقط جنین صادر نمی‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

نگرانی برای تبعات جمعیتی کاهش نرخ باروری و جمعیت کاملاً به جا است، اما محدودسازی خدمات سلامت جنسی و باروری و غربالگری جنین و دشوار نمودن سقط درمانی تبعات جبران‌ناپذیری در آینده به همراه خواهند داشت. دسترسی به وسایل تنظیم خانواده، نمی‌تواند دلیل کاهش جمعیت باشد، زیرا این‌ها ابزاری هستند که مردم در رسیدن به اهداف تنظیم زندگی شخصی و سلامت خود از آن‌ها استفاده می‌کنند. محدودسازی این لوازم و خدمات به معنی محدودسازی افراد در کنترل زندگی و سلامت خود است.

بر اساس نظریه Desired Children، کاهش عمده در باروری با تغییر تقاضا برای فرزند اتفاق می‌افتد. شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تعیین‌کننده میزان باروری هستند (۱۱). کاهش مرگ و میر نوزادان، توسعه شهرها و شبکه بهداشتی و درمانی و بالارفتن تحصیلات والدین و فرزندان منجر به کاهش تمایل برای فرزندان بیشتر در همه جای جهان شده است. شرایط نامناسب اقتصادی و افزایش قابل توجه هزینه‌های زندگی نیز از عوامل کاهنده هستند (۱۲). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بسیاری از ایرانیان تمایلی برای داشتن خانواده‌های پرجمعیت ندارند (۱۴-۱۳). مطالعه‌ای نشان می‌دهد که میزان تقاضای برآورده‌نشده برای وسایل تنظیم خانواده ۱۷/۴ درصد بوده است، این افراد فرزند بیشتری نمی‌خواسته‌اند، اما به وسایل پیشگیری دسترسی نداشته‌اند (۱۵).

برای افزایش تمایل به فرزندآوری، با توجه به تجربه سایر کشورها لازم است شرایط زندگی ارتقا پیدا کند. رحمانیان و پیلتن در سال ۱۳۹۴ پیش‌بینی کرده بودند

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

که افزایش روند بیکاری منجر به ادامه روندهای کاهشی در باروری خواهد شد (۱۶). محدودیت دسترسی به وسایل تنظیم خانواده، میزان تمایل برای فرزندآوری را تغییر نمی‌دهد، بلکه فشار روانی برای خانواده‌ها ایجاد می‌کند و فرزندان ناخواسته را افزایش می‌دهد. هدف برنامه تنظیم خانواده، کاهش جمعیت نیست، بلکه برنامه‌ریزی برای آن است. یکی از مهم‌ترین حقوق بشری، حق مشارکت در تصمیمات سلامتی در سطح جامعه و فردی است.

در شرایط فعلی کشور، ادامه سیاست‌های کاهش جمعیت قطعاً نادرست است، اما ارائه خدمات تنظیم خانواده همیشه درست است. با رویکرد «دوستدار خانواده (Family Friendly)» لازم است به دغدغه‌های مردم توجه شود و نظر آن‌ها به مشکلات آینده کشور جلب و تقاضای همکاری داوطلبانه شود. در بسیاری از کشورهای دنیا سیاست مقبول برای افزایش جمعیت، ارتقای سطح رفاه خانواده‌ها بوده است. روش‌های اجباری به کار گرفته‌شده به طور مثال در پرو، هند و چین شامل عقیم‌سازی اجباری، سقط اجباری و مجازات‌های مالی مورد سرزنش جامعه بین‌المللی قرار گرفته‌اند. حال سؤال این است که اگر از میزان مطلوب جمعیت عبور کنیم، قرار است دوباره اصول مطرح‌شده فعلی را تغییر بدهیم. به طور مثال بارداری زیر ۱۸ سال و بالای ۴۰ سال را پرخطر خواهیم دانست یا نه؟ نکته حائز اهمیت این است که در بخش بهداشت و درمان نیاز به اصولی داریم که فقط بر مبنای مستندات علمی تغییر یابند.

نکته مهم‌تر آنکه وزارت بهداشت نبایستی در سیاست مداخله کند و یا اینکه مجری برنامه‌هایی غیر از سلامت باشد. این وزارتخانه مسئول سلامت مردم است و هیچ گاه نبایستی در راستای برنامه‌های غیر مرتبط با سلامتی به طور مثال کاهش یا افزایش جمعیت، اهداف خود را تنظیم کند. به خصوص در دوران همه‌گیری کرونا، مداخله سیاستمداران در بخش سلامت عمومی به وضوح دیده شد که در راستای آن انجمن‌های پزشکی و محققان بخش سلامت از دولت‌ها خواستند این مداخله را پایان دهند و مبنای تصمیمات در بخش بهداشت و درمان را مستندات علمی قرار دهند (۱۷). نتایج مطالعات محققان رشته‌های پزشکی است که بایستی تعیین کند یک پروسه درمانی انجام شود یا نه. هر فرایند درمانی یا دارو بایستی رنج و درد بیمار را کم کند و به او برای بازگشت به شرایط عادی و استقلال کمک کند، چه بسا همکاری وزارت بهداشت و سیاستمداران خطراتی را برای جامعه در پی داشته باشد، کما اینکه در سیاست محدودسازی دسترسی به لوازم تنظیم خانواده، افزایش موارد سقط غیر قانونی و ناایمن و رهاسازی کودکان بسیار قابل پیش‌بینی است، حتی اگر سیاستمدار راضی به چنین اتفاقاتی باشد، بخش سلامت نباید در وظیفه خود کوتاهی کند. در هیچ بخشی از شرح وظایف و مأموریت‌های وزارت بهداشت نیامده است که به کاهش و افزایش جمعیت بپردازد. در قانون اخیر، از پرسنل بخش بهداشت و درمان خواسته شده است که به جای توصیه به استفاده از روش‌های تنظیم خانواده به تشویق بارداری و بیان مضرات و عوارض داروهای تنظیم خانواده و سقط جنین بپردازند. تشویق به بارداری اصولاً جزء وظایف کادر بهداشت و درمان نیست. الزام به استفاده‌نکردن از واژه‌هایی مانند بارداری ناخواسته یا پرخطر حقیقت موضوع را تغییر نمی‌دهد. محدودیت در دسترسی به اطلاعات تنظیم خانواده نیز تضییع حق سلامت است. به بیان دیگر، سانسورکردن اطلاعات، عدم انتشار، انتشار نادرست و جرم‌انگاری انتشار اطلاعات تضییع حق سلامت است. اگر هدف از عدم ارائه خدمات بهداشت باروری و جنسی و اطلاعات بهداشتی یا سانسورکردن آن‌ها، افزایش بارداری‌های ناخواسته است

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

که علاوه بر به خطرانداختن سلامت جامعه، عدم اعتماد به وزارت بهداشت از اولین نتایج آن خواهد بود.

در مجموع باید گفت، بررسی قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰/۸/۱۹ نشانگر جنبه‌های مثبت فراوانی است که بر سلامت مادران و کودکان آینده مؤثر خواهند بود. در عین حال، این قانون با محدودیت دسترسی به خدمات سلامت باروری و جنسی و لوازم تنظیم خانواده و ممنوعیت عقیم‌سازی داوطلبانه و دشوارساختن فرایندهای مرتبط با سقط درمانی می‌تواند خطراتی برای سلامت افراد و جامعه ایجاد کند.

سیاستگذاران لازم است به عواقب این محدودیت‌ها، از جمله تولد کودکان ناخواسته و یا معلول وخطراتی که این وضعیت ممکن است برای آن‌ها ایجاد کند، گسترش بیماری‌های منتقله از راه جنسی، بارداری‌های پرخطر و سقط جنین غیر قانونی و ناایمن توجه کنند. برای برآوردن حق مردم به خدمات سلامت باروری و جنسی که در قوانین مختلف داخلی، از جمله منشور حقوق و مسئولیت‌های زنان مورد تأکید قرار گرفته است، لازم است این خدمات در شبکه بهداشت و درمان کشور مجدداً برقرار شوند و وسایل تنظیم خانواده در دسترس همگان قرار گیرد. عدم توجه به این موضوع باعث بی‌اعتمادی مردم به بخش بهداشت و درمان می‌شود و این بی‌اعتمادی می‌تواند زمینه‌ساز عدم همکاری مردم با برنامه‌های وزارت بهداشت در آینده باشد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

References

1. General comment no. 14 on the right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)). 2000.

2. General comment No. 22 on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)). 2016.

3. Butler AS, Clayton EW. Overview of Family Planning in the United States. Washington: National Academies Press (US); 2009.

4. Mohammadi MR, Mohammad K, Farahani F, Alikhani S, Zare M, Tehrani F, et al. Reproductive knowledge, attitudes and behavior among adolescent males in Tehran, Iran. International Family Planning Perspectives. 2006; 32(1): 35-44. [Persian]

5. Akrami SM, Parvin K, Razmjoo M. Legal review of fetal health screening and medical abortion in the population rejuvenation plan and family support. Iranian Journal of Medical Law. 2021; 15(56): 505-516. [Persian]

6. Abbasi M, Ahmadi A, Fakur H. The basics of abortion therapy and its investigation from the point of view of medical criminal law. Medical Law Quarterly. 2013; 6(20): 115-140. [Persian]

7. Akrami M, Bastani A, Average Z. Avoiding medical errors in abortion treatment, how careful should we be? Journal of Medical Ethics and History. 1389; 3(4): 27-36. [Persian]

8. Razmsaz B. Juridical-legal review of abortion. Tehran: Third Line Publications; 2000. [Persian]

9. Zamani R. Abortion in the eyes of Islamic law. Tehran: Tarikh Publication; 2006. [Persian]

10. Haji Ali F. Abortion; being forbidden or permission. Articles and Reviews. 2013; 76(3): 8-55. [Persian]

11. Pritchett LH. Desired fertility and the impact of population policies. Population and Development Review. 1994; 20(1): 1-55.

12. Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoost AA. Iran's shift in family planning policies: concerns and challenges. International Journal of Health Policy and Management. 2014; 3(5): 231-233. [Persian]

13. Hosseini H, Begi B. Economic, social, cultural and demographic determinants of childbearing desires of married women in Hamedan. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2013; 18(1): 35-43. [Persian]

14. Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoost AA. Iran's shift in FP policies: Concerns and challenges. International Journal of Health Policy and Management. 2014; 3(5): 231-233. [Persian]

15. Motlaq ME, Eslami M, Yazdanpanah M. Nakhaee N. Contraceptive use and unmet need for FP in Iran. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2013; 121(2): 157-161. [Persian]

16. Piltan F, Rahmanian M. Investigating factors affecting the tendency toward childbearing among married men and women (Case of study: Men and women aged 25 to 45 years old in Jahrom). Journal of Iranian Social Development Studies. 2015; 7(2): 124-134. [Persian]

17. Gonsalves G, Yamey G. Political interference in public health science during covid-19. BMJ. 2020; 371: m3878.

[Downloaded from childrightsjournal.ir on 2026-11-18]

این مجله تابع سیاست دسترسی باز از نوع CC BY-NC 4.0 می‌باشد.